

¿Como es el procedimiento de Certificación? Paso a Paso

1

La Persona con Discapacidad solicita una consulta con el profesional tratante de la Red de Prestación de Servicios de la **EPS** a la que se Encuentra Afiliado



© CanStockPhoto.com - csp52784715

1

Qué se espera de la Consulta con el Profesional Tratante de la Red de Prestación de Servicios de la **EPS**



- El médico entregará a la Persona con discapacidad, copia de la historia clínica con el (o los) diagnóstico(s) **CIE-10** relacionado(s) con la Discapacidad.
- Si es necesario, entregará copia de los exámenes de diagnóstico y conceptos médicos y de los profesionales relacionados con el Diagnóstico.
- El médico determinará los Apoyos y Ajustes Razonables requeridos por la Persona con Discapacidad en el momento de la Valoración con el Equipo Multidisciplinario.
- El Médico Tratante determinará si la Persona requiere atención Institucional o domiciliaria, de acuerdo con la condición de salud.

2

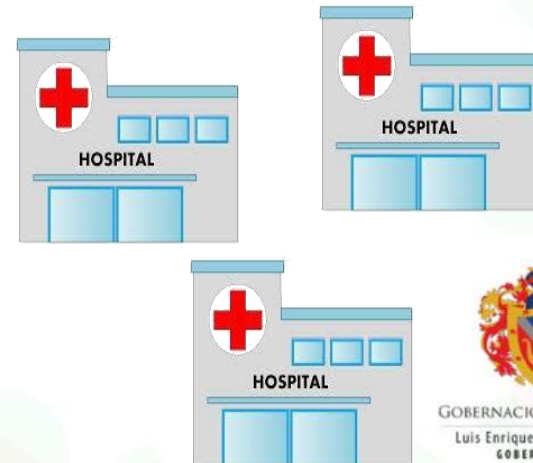


La Persona con Discapacidad solicita la autorización para la Valoración con el Equipo Multidisciplinario ante la Secretaría de Salud Municipal

IPS con cumplimiento de criterios para Certificar

2

- La **Secretaría de Salud municipal** verificará que la **Historia Clínica** contenga la información necesaria para la valoración por el **Equipo Multidisciplinario**
- Indicará la Red de **IPS** por ella autorizada y los Datos de Contacto para la Asignación de Citas.
- **Expedirá la Orden para la realización del referido procedimiento, dentro de los Cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.**



GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR



3

Asignación de cita por parte de la IPS

- Las IPS dispondrán de mecanismos no presenciales para la asignación de citas.
- Deberán asignar en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, posteriores a la solicitud.



La IPS Autorizada, gestionará lo necesario para que, en la consulta con el Equipo Multidisciplinario de Salud, se cuente con los Apoyos y Ajustes Razonables que haya establecido el Médico Tratante, teniendo en cuenta la información específica aportada en la orden de que trata el artículo anterior

4

JULIO
Fisioterapeuta

LAURA
Terapeuta
Ocupacional

MANUEL
Médico



**VALORACION POR EL
EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO EN
LA IPS AUTORIZADA**



SOLICITANTE

**EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO**



Si la Persona con Discapacidad se encuentra inconforme con los resultados del proceso de Certificación y Registro

Solicitud de una **segunda opinión**.

- ➔ En caso de desacuerdo con el resultado, la Persona con Discapacidad podrá solicitar una segunda opinión **dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la realización de la valoración clínica** multidisciplinaria.
- ➔ La **secretaría de salud** municipal, **expedirá orden** para realizar un nuevo procedimiento de certificación de discapacidad, con un equipo multidisciplinario diferente.
- ➔ El **resultado de este último procedimiento**, será el que se incluya en el RLCPD.

Certificado de Discapacidad

Documento Personal e Intransferible
que se entrega después de la
Valoración Clínica Multidisciplinaria en
los casos en los que se identifique la
existencia de **DISCAPACIDAD**

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD																																															
a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE																																															
1.1. Primer nombre DAVID	2. Segundo nombre FERNANDO	1.3. Primer apellido PEREZ	1.4. Segundo apellido GARCIA																																												
1.5. Documento identidad RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Numero: 12.345.678																																													
b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN																																															
2.1. IPS donde se realiza la certificación ESE TIERRA DE PAZ		2.2. Fecha 2 0 1 8 1 0 2 5																																													
2.3. Departamento POLICARPA		2.4. Municipio TIERRA DE PAZ																																													
c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO																																													
<table border="1"><tr><td>1. Física</td><td>SI</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>NO</td></tr><tr><td>2. Visual</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3. Auditiva</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4. Intelectual</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5. Mental</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>6. SordoCiego</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td>7. Múltiple</td><td>SI</td><td><input type="checkbox"/></td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table>		1. Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2. Visual	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	3. Auditiva	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	4. Intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	5. Mental	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	6. SordoCiego	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	7. Múltiple	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"><thead><tr><th>Dominio</th><th>Puntaje</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Cognición</td><td>0%</td></tr><tr><td>2. Movilidad</td><td>60%</td></tr><tr><td>3. Cuidado Personal</td><td>31,25%</td></tr><tr><td>4. Relaciones</td><td>5%</td></tr><tr><td>5. Actividades de la vida diaria</td><td>31,25%</td></tr><tr><td>6. Participación</td><td>46,87</td></tr><tr><td>7. Global</td><td>29,06%</td></tr></tbody></table>		Dominio	Puntaje	1. Cognición	0%	2. Movilidad	60%	3. Cuidado Personal	31,25%	4. Relaciones	5%	5. Actividades de la vida diaria	31,25%	6. Participación	46,87	7. Global	29,06%
1. Física	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO																																												
2. Visual	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
3. Auditiva	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
4. Intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
5. Mental	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
6. SordoCiego	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
7. Múltiple	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																												
Dominio	Puntaje																																														
1. Cognición	0%																																														
2. Movilidad	60%																																														
3. Cuidado Personal	31,25%																																														
4. Relaciones	5%																																														
5. Actividades de la vida diaria	31,25%																																														
6. Participación	46,87																																														
7. Global	29,06%																																														
e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO																																															
1. Códigos Funciones Corporales b 7 7 0 . 3		1. Códigos Funciones Corporales b 7 3 5 . 2																																													
2. Códigos Estructuras Corporales s 1 1 0 0 . 1 7 3		2. Códigos Estructuras Corporales s																																													
3. Códigos Actividades y Participación d 4 5 0 1 . 3		3. Códigos Actividades y Participación d 4 6 0 2 . 3																																													
		d 8 5 0 . 2																																													
f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD																																															
<i>Manuel Pérez</i> Nombre y firma		<i>Medico</i> Profesión	<i>193243</i> T.P.																																												
<i>JULIETA Henao</i> Nombre y firma		<i>Fisioterapeuta</i> Profesión	<i>2028276</i> T.P.																																												
<i>Laura Guaqueta T</i> Nombre y firma		<i>Ocupacional</i> Profesión	<i>272564</i> T.P.																																												
g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL																																															
Yo, <i>David Pérez</i> manifiesto que:		si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																													
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.																																															
Nombre y firma		Numero de Documento																																													
Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula																																															
		si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																													

Restricciones en el uso del procedimiento de Certificación de Discapacidad

El procedimiento de Certificación de Discapacidad **no se empleará como medio para:**

- Reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales.
- Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

